SEÑOR SECRETARIO.- Corresponde designar Presidente ad hoc.

SEÑOR VAILLANT.- Propongo que lo sea el señor Senador Antía.

(Apoyados)

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 12 y 50 minutos)

SEÑOR SECRETARIO.- Recuerdo al señor Presidente que en la sesión anterior habíamos quedado en el literal e) del artículo 17, sobre el que se acordó traer una nueva redacción.

Esta norma expresa que todo paciente tiene derecho a "negarse a que su patología se utilice", participe o requiera, "con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos. En todas las situaciones que se utilice un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento previo del mismo". Aquí se planteó la posibilidad de quitar la expresión "previo del mismo" y poner un punto luego de "consentimiento". Luego, la redacción continúa de la siguiente manera: "Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa".

SEÑOR CID.- Quiero decir que la expresión: "Tiene derecho a" tiene que ir antes del literal a).

SEÑOR SECRETARIO.- Así es; el literal e) del artículo 17 comienza de la siguiente manera: "negarse a que su patología se utilice". Habría que agregarle: "Tiene derecho a:".

SEÑOR CID.- Creo que eso no corresponde porque cuando nosotros corregimos esta disposición decía: "Este derecho incluye:" y luego se detallaba cada uno de los literales.

SEÑOR VAILLANT.- Entonces, la expresión: "Este derecho incluye:" debe ser quitada del literal a), e incluida en la primera parte del artículo. De esta forma, el literal a) pasaría a establecer: "ser respetado", y luego continuaría la redacción. De acuerdo con lo expuesto, entonces, el literal e) debe decir: "negarse a que su patología", etcétera.

SEÑOR SECRETARIO.- Entonces, el literal e) del artículo 17 quedaría redactado de la siguiente manera: "negarse a que su patología se utilice", aquí se había planteado agregar: "participe", "requiera" o "permita", "con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos"; aquí se eliminó el término "diagnósticos". Luego expresa: "En todas las situaciones que se utilice un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa".

SEÑOR VAILLANT.- En el primer párrafo se refiere a la patología; por lo tanto, cuando se hace mención a la utilización, debe quedar claro que no alude al paciente, sino a la patología. Lo que sucede es que luego esto se modifica en el segundo inciso del artículo.

SEÑORA PERCOVICH.- Personalmente, considero que el verbo "utilizar" va bastante en contra de lo que es el espíritu del proyecto de ley, por lo que me parece que deberíamos buscar alguna otra expresión. Digo esto también para cuando nos referimos a la patología, porque allí también se utiliza ese verbo. Considero que debería referirse tanto al paciente como a la patología del paciente -que en definitiva involucra al cuerpo y la persona del paciente- con un vocablo menos agresivo que el verbo "utilizar".

SEÑOR PRESIDENTE.- En lo que a mi respecta, no me parece inadecuado que se diga "utilizar".

SEÑOR VAILLANT.- Tampoco me parece una expresión hiriente.

SEÑOR CID.- Si se quiere, se podría cambiar por el verbo "requiera".

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que aquí hay una equivocación, porque no es la patología lo que se utiliza, sino que esta es lo que da pie a que se utilice al paciente. El objeto no es "la patología" sino "el paciente". Pienso que si no se desea incorporar la expresión "se utilice" habría que modificarla por "se requiera".

SEÑOR VAILLANT.- Entonces quedaría así: "En todas las situaciones que se requiera un paciente con fines docentes", y sigue la redacción tal como está.

Por otra parte, quiero realizar una consulta porque no recuerdo cómo llegamos a esta discusión. Cuando el artículo dice: "tendrá que existir consentimiento", se propone eliminar lo que sigue a continuación que es "previo del mismo." Me gustaría saber cómo deber interpretarse eso. ¿Puede ser un consentimiento no dado por el paciente? En ese caso, ¿quién lo otorga? ¿Un familiar o un médico de consulta? Hago la pregunta porque aquí no se lo dice.

SEÑOR CID.- Lo que ocurre es que en los primeros artículos del proyecto de ley se define quiénes son considerados pacientes. Allí se expresa que son el enfermo y sus familiares.

En cuanto al vocablo "previo", comparto que se elimine porque considero que es algo obvio. No puede haber docencia si no existió consentimiento en forma previa.

Solicito que se lea el literal e) antes de votarlo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Léase.

(Se lee:)

"e) negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos. En todas las situaciones que se requiera un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa."

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el literal e).

(Se vota:)

-4 en 4. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el literal f).

(Se lee:)

"f) que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tenga como resultado tal violación."

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota:)

4 en 4. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el Título V.

(Se lee:)

"Título V. Del derecho al conocimiento de su situación de salud. Artículo 18 (17 del original).- Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende:

a) El derecho a conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud.

b) El derecho a conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente; así como el derecho a ser informado, de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud.

En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del enfermo se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (‘Derecho a no saber’).

Este derecho a no saber puede ser relevado cuando a juicio del médico la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.

c) El derecho a conocer quién o quiénes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad, con especificación de nombre, cargo y función.”

(Ocupa la Presidencia el señor Senador Alfie)

SEÑOR CID.- Quisiera hacer una proposición, que es la siguiente. Me parece que tendríamos que ir analizando el artículo literal por literal e ir corrigiéndolos o aprobándolos. Hago este planteamiento porque pienso que si se lee el artículo completo de una vez, no se va a poder profundizar demasiado.

SEÑOR ANTIA.- Entonces, seguiríamos trabajando como al principio.

SEÑOR CID.- Correcto, señor Senador.

SEÑORA PERCOVICH.- En particular, el literal a) me produce muchas dudas. Con respecto a la primera parte, donde se establece el derecho a conocer la probable evolución de la enfermedad, hasta allí me parece perfecto, porque me imagino que el diagnóstico y el pronóstico son lo mismo que la probable evolución de la enfermedad, pero me preocupa lo que sigue cuando dice: “de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud”. Me gustaría saber qué significa esto.

SEÑOR CID.- Los resultados de determinadas patologías no son siempre los mismos en cada institución y, justamente, este literal se refiere a esto. En concreto, pueden darse resultados diferentes en una institución y en otra. Por ejemplo, un CTI que tiene escasa movilidad, tiene menos riesgos de infecciones. Por lo tanto, para una persona que tiene una patología y es tratada en un CTI pequeño, es menos probable que contraiga una infección que la que es internada en un CTI voluminoso donde se tratan variadas patologías y donde se generan resistencias bacterianas que muchas veces son las que ocasionan la muerte de los pacientes. El alcance de este proyecto tiene por objeto que las instituciones tengan la obligación de saber qué pasa con sus patologías. Como los señores Senadores comprenderán, ello no se sabe; no hay un criterio normativo y estadístico que establezca que por una neumonía en determinada institución se muere el 10%. Esto se puede conocer a partir de algún trabajo aislado de autoría de un grupo profesional, pero institucionalmente esto no ocurre. Entonces, como las realidades de las instituciones son heterogéneas, el alcance del segundo párrafo justamente es el siguiente: es importante que cada institución sepa qué porcentaje de curaciones, sobrevida o complicaciones tiene determinada patología. No sé si fui claro.

SEÑORA PERCOVICH.- Entonces, en realidad, aquí estamos estableciendo un derecho, el del paciente, pero también una obligación del servicio de salud de hacer una estadística, de transparentar la información de sus resultados y, en vista de eso, dar la información al paciente. Es decir que se busca que el paciente pueda tener una opción, de acuerdo con los resultados que tiene esa institución, de esa intervención, análisis o acción quirúrgica. Esto es bastante complejo, ¿no es así?

SEÑOR VAILLANT.- Creo que lo que el paciente puede tener es una mejor valoración de su riesgo, porque a eso se refiere. La información es para que él pueda interpretar cuál es el riesgo; no es lo mismo que el paciente resuelva hacerse una intervención quirúrgica cerebral o cardíaca, o un transplante en una institución en la cual el porcentaje de resultados favorables es menor que en otras instituciones.

Entonces, lo que él valora es el riesgo y, en base a eso, puede resolver si se realiza el procedimiento o no, pero sabiendo que se lo hará con un nivel de riesgo, en esa institución, que no es el mismo que el de todas las demás.

SEÑORA PERCOVICH.- Tengo una sola duda al pensar, digamos, en las consecuencias que tiene establecer este derecho, y es si esto no podría también ser utilizado para evitar brindar determinados servicios que solicite o indique el médico tratante y que requiere la enfermedad o la patología; es decir, que la institución use esto como una excusa para no dar la atención correspondiente.

SEÑOR PRESIDENTE.- No, desde el momento en que las instituciones tienen la obligación de brindar el servicio, en todo caso, si quieren hacer esto, básicamente tienen que contratar en otro lado.

La verdad es que nunca se me había ocurrido esto, pero el literal a) me parece extremadamente bueno. Lo que pensé en su momento, cuando lo leí por primera vez -quizás esto se le pasó por la cabeza al señor Senador Cid y se lo voy a preguntar- es algo así como que el Ministerio de Salud Pública obligue a publicar -o las publique directamente- determinadas tasas de morbilidad o de eficiencia por institución, es decir, cuántos entran, cuántos salen de ellas por determinadas patologías, etcétera. Esto, en el fondo, además debería mejorar la asistencia porque habría una información en virtud de la cual la gente podría elegir y, en la medida en que después la movilidad sea libre, tendríamos un elemento de competencia bien importante.

SEÑOR CID.- Y apunta a algo, señor Presidente, que actualmente no hay y que es el control de calidad. Es inadmisible que no haya control de calidad en los centros asistenciales, que dé lo mismo tener un resultado que otro.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si estamos de acuerdo, podríamos votar el literal a) del nuevo artículo 18º.

(Se vota:)

5 en 5. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el literal b) del artículo 18º.

(Se lee:)

"El derecho a conocer en forma la clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente; así como el derecho a ser informado, de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud.

En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del enfermo se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente ('derecho a no saber').

Este derecho a no saber puede ser relevado cuando a juicio del médico la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad."

En consideración.

SEÑORA PERCOVICH.- Donde se habla del derecho a conocer, en forma clara y periódica, la evolución de su enfermedad, que deberá ser hecha por escrito, ¿no habría que agregar que ello debe figurar en la historia clínica?

SEÑOR CID.- Esta es una comunicación que se hace al enfermo, al paciente -o a sus familiares- acerca de su estado de situación, que no necesariamente tiene que ser la historia clínica. En principio, el conocimiento está jerarquizado -porque la evolución está explicada en forma clara y periódica- pero también, si así lo exigiese el paciente, puede ser informado por escrito. Es decir que se trata de algo accesorio, pero no es la forma permanente de dar la información.

SEÑOR PRESIDENTE.- Voy a leer el memorándum que nos entregó la Unión de la Mutualidad a fin de tener idea de lo que ellos piensan acerca de este literal b): "Si bien el espíritu de la norma en cuanto al informe escrito es muy loable en defensa de los derechos de los pacientes, también existe el riesgo de que se acentúe la medicina defensiva ante la posibilidad de preconstitución de pruebas para un eventual juicio, que serán los informes a que refiere este literal. En cuanto a los recursos no disponibles en la institución, aparece todo el problema de las innovaciones fuera del país o, incluso, técnicas en el exterior. Esto causará muchísimos problemas, por ejemplo, múltiples planteos al Fondo Nacional de Recursos para la cobertura de técnicas en el exterior".

Vamos a empezar por el segundo párrafo, que parece más fácil que el primero; en todo caso, tendremos que establecer que se trata de las innovaciones y técnicas disponibles dentro del territorio nacional.

SEÑOR CID.- Estoy de acuerdo.

SEÑOR PRESIDENTE.- En cuanto al primer aspecto, tengo mis dudas porque habla de la medicina defensiva y afirma que dejar todo por escrito preconstituye prueba para un futuro juicio.

SEÑOR CID.- Creo que la información va a ser objetiva y ajustada al momento evolutivo del paciente; por lo tanto, será un hecho de la naturaleza que si se contradice luego con un resultado desfavorable, por supuesto habilitará un litigio. Sin embargo, no me parece que se fomente por esto; estimo que se fomenta mucho más cuando no se brinda la información. Esto es algo que hay que tener muy claro: cuando la relación médico - paciente es mala, se tiende a llevar adelante juicios. Eso es algo que tenemos "atornillado"; por lo menos, mi equipo de trabajo lo tiene muy claro y nunca tuvimos que ir a juicio, y me refiero al Sanatorio Americano.

SEÑORA PERCOVICH.- Desearía hacer otra sugerencia porque me parece que se trata de dos derechos distintos. Quizás, para que quedara más claro, habría que separar esto en dos incisos; uno es el derecho a conocer en forma clara, escrita, etcétera, y otro es el de ser informado y poder optar por otros recursos.

(Dialogados)

SEÑOR VAILLANT.- Si no me equivoco, se hizo referencia a "otros recursos de acción médica no disponibles en instituciones públicas o privadas del país", y creo que eso no puede ser.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si se me permite, creo que en el memorándum se dice que si hay que informar de las técnicas no disponibles en el país, entonces alguien podrá decir que, por ejemplo, en Buenos Aires determinado recurso o técnica está disponible. También se puede argumentar que en Japón inventaron algo porque lo leyeron en un diario, en letra chica, etcétera, y nadie sabe si eso es verdad o es mentira.

Entonces, habría que modificar la redacción nada más que para eliminar esos posibles casos, porque esto no debería quedar así. Tenemos que buscar una redacción nueva, justamente para decir que la información es de las técnicas no disponibles por ellos, pero que existen dentro del país.

SEÑOR VAILLANT.- De esa forma se estaría escondiendo la información, porque si existe fuera del país y nosotros lo sabemos, pero no lo decimos, la estamos ocultando.

Ello implica una limitación de la información para decisiones que el paciente tiene que tomar con respecto a su propio cuerpo. Es algo que pasa todos los días, por ejemplo, con las intervenciones en la vista o con los transplantes: existen tecnologías que se utilizan en otras partes del mundo, que dan garantías y se obtienen resultados distintos. Si se tiene una información cabal y verdadera, entiendo que debe ser transmitida al paciente porque, eventualmente, puede tener la alternativa de lograr acceder a ella. Seguramente esa cantidad de solicitudes de apoyo para intervenciones quirúrgicas en el exterior provienen de personas que tienen la información de que en otra parte del mundo se pueden atender.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene razón el señor Senador Vaillant, pero habría dos aspectos diferentes, que serían, por un lado, los problemas eventuales que podrían llegar a plantearse y, por otro, está la información. Por lo tanto, tenemos que ver cómo podríamos resolver esto en la redacción.

SEÑORA PERCOVICH.- Me parece que lo que confunde en la propuesta -cuando el señor Presidente la leyó pensé lo mismo- es que aquí lo que estamos estableciendo -y por eso entiendo que sería mejor separarlo por incisos- es el derecho a ser informado y no a que el paciente pueda optar, a costo de la institución, por una tecnología, que puede ser la que se utiliza en Estados Unidos. El médico tratante o el equipo que lo atiende le dirán, por ejemplo, que en ese caso no tienen la tecnología en el país, pero que en tal lugar se realiza esta práctica. Creo que esto queda claro en la redacción.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, la dejaríamos tal como está ya que, leyéndola con más atención, realmente queda claro.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el primer inciso del literal b) del artículo 18.

(Se vota:)

5 en 5. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el inciso segundo.

Creo que los incisos segundo y tercero se pueden votar en forma conjunta.

SEÑOR VAILLANT.- El segundo inciso del literal b) expresa: “En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del enfermo se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad”, etcétera. Quisiera saber cómo se identifica o a qué se refiere cuando se dice “el único objetivo del interés del enfermo”.

SEÑOR CID.- Por ejemplo, en el caso de una paciente añosa que tiene una patología de carácter terminal, no parece muy aconsejable que se le diga que tiene tal enfermedad y que la va a matar en el corto plazo. Pienso en esa hipótesis, o en el caso de un paciente que está en el CTI con una asepsia terminal, al que tampoco parecería muy conveniente informarle acerca de su situación. Se le debería comunicar a la familia, pero no al paciente, porque eso puede determinar un agravamiento de su enfermedad debido a la angustia que le puede provocar tal noticia.

SEÑOR VAILLANT.- Comparto el criterio. De ser así, de alguna manera estamos responsabilizando a alguien -que en este caso serían los familiares- para la definición del interés del enfermo. Si así fuere, creo que debería quedar establecido tal como figura en el texto que continúa: “podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente”. El paciente serían el enfermo y sus familiares.

SEÑOR CID.- En este punto estamos frente a dos cosas diferentes. Una de ellas vincula a los familiares, que actuarían en conjunción con el médico, que es el que tendrá que tomar la iniciativa de decidir si a ese paciente que está en la situación que analizábamos hoy se le va a informar o no. Esta iniciativa tendrá que ser discutida con los familiares y de ahí surgirá la decisión de comunicarle al enfermo o sólo a los familiares. Este sería un aspecto.

El otro aspecto sería el de un paciente o persona pusilánime -que los hay- que puede llegar a expresar: “Mire, si yo tengo un cáncer, no me lo digan; no quiero saberlo”. Esto también es un derecho, el derecho a no saber. Como dije, se trata de dos situaciones diferentes.

SEÑOR VAILLANT.- Entonces, me da la impresión de que de la misma manera que está establecido el vínculo en el segundo caso, es decir, en el del derecho a no saber del paciente tal como éste lo resolvió, también habría que contemplar que con el objetivo del interés del enfermo, se podrán establecer restricciones al derecho a conocer el curso de la enfermedad con acuerdo de los familiares. De lo contrario, me da la impresión de que, por un lado, estamos dando el derecho a la información y, por otro lado, a quien está obligado a proporcionarla, que es el médico, le estamos dando la posibilidad de que con el argumento del interés del paciente, pueda negarla.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, tendríamos que decir: “En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente, con consentimiento de los familiares”, etcétera.

SEÑORA PERCOVICH.- Todas estas situaciones son muy complejas. También puede ocurrir que el paciente, en pleno conocimiento, con todas sus facultades, no desee que los familiares sepan porque se puede alterar y afectar su entorno. En ese caso: ¿qué sucede? Quizás el paciente le plantee al médico su deseo de que no diga nada porque quiere estar tranquilo. Se trata de una posibilidad que también se enmarca dentro de los derechos del paciente. Puede suceder, y he tenido alguna experiencia personal.

Me gustaría saber si esto está contemplado en los artículos anteriores.

SEÑOR PRESIDENTE.- No, señora Senadora.

Quizás podríamos establecer: “En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del enfermo, con consentimiento de los familiares, a menos de una expresión en contrario del paciente, se podrá establecer restricciones al derecho”, dejando el resto igual. De esta forma estaríamos salvando lo que dice la señora Senadora Percovich.

SEÑOR VAILLANT.- Me parece que la preocupación de la señora Senadora Percovich tendría que contemplarse en un artículo aparte -no sé si antes o después- que no tenga que ver con este porque, de lo contrario, aquí estaríamos entrando en una casuística imposible de abarcar, en donde el paciente que tiene conocimiento de su enfermedad no quiere que se entere alguien de su entorno familiar. Y para que ello suceda, el paciente debe tener pleno conocimiento; por lo tanto, el tema no corresponde a este artículo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede ocurrir que no tenga conocimiento; puede, por ejemplo, decir “Si yo tengo algo grave,” -no importa qué- “no se lo diga a nadie de mi entorno, porque sé que va a traer aparejado algún drama”.

SEÑOR VAILLANT.- Igual me parece que eso tendría que decirse en un inciso aparte.

SEÑOR PRESIDENTE.- De acuerdo.

SEÑOR ANTIA.- Podría incluirse una aclaración que diga que el paciente podrá negarse a que se conozca, por ejemplo, el verdadero estado de su enfermedad.

SEÑOR CID.- Tenemos que equilibrar el texto que deseamos incorporar con el último párrafo del literal b) de este artículo, porque dice: “Este derecho a no saber puede ser relevado cuando a juicio del médico la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.” Entonces, hay que tener cuidado, porque el paciente se puede negar a que le informen a sus familiares, pero, de pronto, si tiene una enfermedad contagiosa, pueden correr riesgo de contagio su esposa o sus hijos.

(Dialogados)

SEÑOR ANTIA.- Pero ahí ya se dice que puede ser relevado.

SEÑOR CID.- Por eso digo que tenemos que vincular el texto con este último párrafo.

(Dialogados)

SEÑOR PRESIDENTE.- Veamos qué les parece esta redacción tentativa: “En todos los casos, salvo que la ley disponga lo contrario, el paciente podrá negarse a recibir información o que la misma sea dada a sus parientes.” Sería un inciso aparte o un artículo aparte. Creo que con la expresión “salvo que la ley disponga lo contrario” salvamos lo que planteaba el señor Senador Cid.

SEÑOR CID.- Tengo mis dudas.

(Dialogados)

De hecho, la divulgación a Salud Pública forma parte de una de las obligaciones profesionales. Hago el planteo en el marco del comienzo del artículo tal como lo plantea el señor

Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Podríamos dejar este texto como una tentativa y después ver si es o no un inciso o un artículo aparte. Diría, reitero: “En todos los casos, salvo que la ley disponga lo contrario,“ -que aquí es, entre otras cosas, el párrafo final del literal b) de este artículo- “el paciente podrá negarse a recibir información o que la misma le sea suministrada a sus parientes. “

SEÑOR CID.- Pediría al señor Presidente que distribuya el texto a los efectos de pensarlo un poco mejor, porque me parece que reitera algo que ya está en el artículo, que es el derecho a no recibir la información.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se distribuirá, entonces, para ir avanzando, como hacemos todas las semanas.

De pronto, también podríamos votarlo.

SEÑOR VAILLANT.- Y después veríamos cómo incorporamos este agregado, es decir, si lo hacemos en un inciso aparte o en un artículo aparte.

SEÑOR PRESIDENTE.- Léase el texto con el agregado propuesto.

(Se lee:)

“En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente con consentimiento de los familiares se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (“derecho a no saber”).

Este derecho a no saber puede ser relevado cuando a juicio del médico la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad”.

-Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota:)

5 en 5. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el literal c).

(Se lee:)

“c) El derecho a conocer quien o quienes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad, con especificación de nombre, cargo y función”.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota:)

5 en 5. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

SEÑOR CID.- A continuación viene todo un Capítulo sobre la historia clínica, que es bastante extenso y advierto que debo retirarme.

SEÑOR PRESIDENTE.- Además, tenemos un comentario, también extenso, de la Unión de la Mutualidad del Uruguay.

SEÑOR CID.- Esa organización realiza algunas observaciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me da la impresión de que es así, señor Senador; concretamente observa los párrafos cuarto y quinto del literal d) del artículo 17 y que en una parte se repite prácticamente igual en el artículo 22. Por lo tanto, deberíamos postergar su consideración para la próxima sesión, aunque el próximo martes es feriado.

SEÑOR VAILLANT.- Además, sospechamos que en la sesión del Senado de hoy se suspenderán las actividades de las Comisiones y del Cuerpo en virtud de que mañana comienza la consideración del proyecto de ley de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal en el seno de la Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda.

SEÑOR PRESIDENTE.- De todos modos, habrá una próxima reunión de la Comisión aunque, por supuesto, no sabemos en qué fecha exactamente.

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 13 y 22 minutos)